

Anmeldung

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und abgeben!

Sehr geehrter Patient!

Sie kommen zur Zahnbehandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Das bedeutet für Sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinische notwendige, nicht vorhergesehene Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, wollen Sie diesen bitte möglichst frühzeitig vorher absagen, da Ihnen sonst die vorge-sehene Arbeit bzw. die ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt werden kann (§§ 304, 615 BGB). Erhalten Sie wegen eines Notfalls (z.B. Schmerzen) einen Notfalltermin, so müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als sozialversicherter Patient wird Ihre Krankenversicherungskarte von der Praxis eingeleesen. Legen Sie bitte unbedingt diese Karte bis spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vor, da sonst private Rechnungslegung erfolgen muss.

Ich bin damit einverstanden, in das kostenlose Wiederbestellsystem der Praxis aufgenommen zu werden.

Patient Herr/Frau/Kind	Name	Vorname	geb.
Mitglied/Versicherter	Name	Vorname	geb.
Anschrift	Postleitzahl	Ort	
	Straße	Nr.	Telefon
		freiwillig versichert	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Krankenkasse			
Beruf			Arbeitgeber
Anschrift Arbeitgeber	Ort	Straße	Telefon

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen.

1. Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufs (Herz, hoher/niedriger Blutdruck)? _____
2. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?
 - a) Asthma (schwere Atemnot), Heuschnupfen _____
 - b) Allergische Reaktionen, wie Unverträglichkeiten von Medikamenten _____
 - c) Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, Aids usw.) _____
 - d) Innere Krankheiten (Diabetes) _____
3. Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen? _____
4. Bestehen zurzeit andere Krankheiten, wenn ja, welche? _____
5. Nehmen Sie zurzeit/regelmäßig Medikamente - wenn ja, welche? _____
6. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____
7. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein _____ Woche
8. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein
9. Sonstige Angaben _____
10. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben.

Datum

Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten